

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JUNHO/2021

Razão Social: CEMAO CONSULTORIO ELISETE M. ANTONIASSI DE ODONTOLOGIA LTDA

CNPJ: 04037096000113 (CEMAO)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 45287/SP

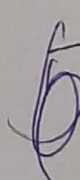
Cirurgião Dentista: (1221) - ELISETE MARIA ANTONIASSI

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
541423 - I	ISABELE ANTUNES DIOGO (00202510550600741203)		04/05/2021	110	0.4	R\$ 44,00
541441 - I	ISABELE ANTUNES DIOGO (00202510550600741203)		04/05/2021	196	0.4	R\$ 78,40

Totalizador					
N° de USOs:					306
N° de atendimentos:					2
Valor:					R\$ 122,40

Totalizador da Operadora					
N° de USOs:					306
N° de atendimentos:					2
Valor:					R\$ 122,40

Totalizador da Clínica					
N° de USOs:					306
N° de atendimentos:					2
Valor:					R\$ 122,40



IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 16/06/2021 17:47

Página 1 de 1



541423
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/05/21	4-Data de Autorização 06/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8549949	7-Data Validade da Senha 02/08/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550600741203	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ISABELE ANTUNES DIOGO		14-Telefone 13/05/2013	15-Nome do titular do plano ADALTO ROGERS DIOGO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Name do Profissional Solicitante CEMAO	18-Número no CRO 45287	19-UF SP	20-Código CBO S 11	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 73096334749	22-Nome do Contratado Executante ELISETTE MARIA ANTONIASSI	23-Número no CRO 45287	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ELISETTE MARIA ANTONIASSI		27-Número no CRO 45287	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			05/05/21		-D. n.º
2-	0084000112	APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ			1	76,00	0,00			05/05/21		-D. n.º
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento _/_/__/__	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 110,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/05/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/05/21
---	---	---	---

CEMAO
CRO/SP 5502



541441
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/05/21	4-Data de Autorização 07/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8550090	7-Data Validade da Senha 02/08/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202510550600741203		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ISABELE ANTUNES DIOGO 13/05/2013			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ADALTO ROGERS DIOGO	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CEMAO		18-Número no CRO 45287	19-UF SP	20-Código CBO S 11	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 73096334749		22-Nome do Contratado Executante ELISETTE MARIA ANTONIASSI		23-Número no CRO 45287	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ELISETTE MARIA ANTONIASSI		27-Número no CRO 45287		28-UF SP	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00	0,00			10/05/21		
2-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00			10/05/21		
3-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00	0,00			10/05/21		
4-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49,00	0,00			10/05/21		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 196,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/05/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/05/21
---	---	---	---

CEMAO
CRO/SP 5502

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MAIO/2021

Razão Social: CEMAO-CONSULTORIO ELISETE M.ANTONIASSI DE ODONTOLOGIA LTDA

CNPJ: 04037096000113 (CEMAO)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 45287/SP

Cirurgião Dentista: (1221) - ELISETE MARIA ANTONIASSI

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
465277 - I	ELEIDE DESIRE STAVALE (00202510550601023401)		29/01/2021	438	0.4	R\$ 175,20
514941 - I	NICOLLE CAMARGO LOPES LIMA (00202510550601900203)		05/04/2021	34	0.4	R\$ 13,60
533456 - I	LINDACI SILVA AZEVEDO (00202510550601928701)		26/04/2021	178	0.4	R\$ 71,20

Totalizador

N° de USOs:	650
N° de atendimentos:	3
Valor:	R\$ 260,00

Totalizador da Operadora

N° de USOs:	650
N° de atendimentos:	3
Valor:	R\$ 260,00

Totalizador da Clínica

N° de USOs:	650
N° de atendimentos:	3
Valor:	R\$ 260,00

5

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 16/06/2021 17:48

Página 1 de 1